Entstehung einer Darmfistel

21 Jahre nach Sectio Caesarea.

INAUGURAL-DISSERTATION

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

KGL. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

HEINRICH HAUSCHILD

Cand. med.

aus Bremen.

BREMEN.

Druck von H. M. Hauschild.

1885.

Referent:

Herr Hofrath Professor **Dr. Maas.**

Seinen theuern Eltern

in tiefster Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549806_0228

Zu den undankbarsten Operationen früherer Zeit zählte die Chirurgie die Eröffnung der Bauchhöhle, weil eben die Resultate, welche gelegentlich solcher energischer Eingriffe in den menschlichen Organismus erzielt wurden, herzlich schlecht waren, so dass nur selten selbst der gewandteste Operateur Lust zeigte, nach dieser Seite hin seine Hand zu erproben. Erst der Zeit der Antiseptik blieb es vorbehalten, das Gespenst der Furcht zu bannen und da energisch einzugreifen, wo man es früher für ein tolles Wagniss hielt. Glänzende Erfolge krönten das Werk und jetzt erst wurden die noch fehlenden Steine in den grossartigen Bau der Chirurgie eingefügt und ein Ganzes entstand, wo es früher lückenhaft klaffte. Die alten Operationsmethoden wurden verbessert, neue ersonnen. Es mag vielleicht die Behauptung paradox klingen, dass mit dem Fortschritt der Wissenschaft ein Emporschiessen neuer Krankheiten zu verzeichnen ist; der Fachmann aber weiss, dass dem so ist. Das beweist uns im Engeren auch die Statistik der Darmfisteln, die in der nachantiseptischen Zeit bedeutend anwuchs, während vorher ihrer kaum Erwähnung gethan wurde.

Ueber die Entstehung der Darmfisteln, sei es auf traumatischem, sei es auf nicht traumatischem Wege (durch Abscedirung der an und im Becken gelegenen Organe), oder seien es die angeborenen Darmfisteln, wie der Recto-vesical-, Recto-Vaginalfisteln etc., darüber zu reden kann hier nicht unser Hauptzweck sein, sondern es soll lediglich in Folgendem ein Fall, der in der Literatur wohl einzig dastehen dürfte, der Oeffentlichkeit übergeben werden. Es handelt sich hier um eine Darmfistel, die rein durch mechanische Insulte 21 Jahre nach Sectio Caesarea bei einer 52jährigen Frau entstand und im hiesigen Julius-Hospitale von Herrn Hofrath Prof. Dr. Maas operirt wurde.

In der mir zugängigen Literatur (Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin von

Virchow und Hirsch) fanden sich einige Fälle, die mit dem hiesigen einige Aehnlichkeit haben und welche zur Vergleichung heranzuziehen uns späterhin gestattet sein möge.

Der vorliegende Fall betrifft eine 52jährige ledige Person, die am 25. April 1885 im hiesigen Julius-Spitale wegen einer Affection ihres Abdomens Aufnahme fand. Aus der Anamnese ist ersichtlich, dass Patientin früher gesund war, jedoch in ihrer Kindheit an Krämpfen gelitten hatte. Die Mutter starb an Lungenentzündung, der Vater 84 J. alt an Altersschwäche. Im Jahre 1864 wurde Patientin schwanger und es musste an ihr wegen hochgradig rhachitisch verengten Beckens der Kaiserschnitt gemacht werden. Die Schwangerschaft war damals ganz regelmässig verlaufen; ebenso war die Operation sowohl für Mutter wie Kind äusserst günstig. Vier Wochen später war die grosse Schnittwunde längs der linea alba vollständig zugeheilt. In dem letzten Jahre musste Patientin wegen Erkrankung ihres Vaters schwer arbeiten und bemerkte bald, dass sich ihr Unterleib immer mehr ausdehnte und sich ein vollständiger Hängebauch ausbildete. Mitte März 1885 traten plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib auf mit gleichzeitigen Fiebererscheinungen, die von Frösten eingeleitet wurden. Am 3. April brach ein Finger oberhalb der Symphyse, an der am meisten abhängigen Stelle des Hängebauches, der Leib an einer kleinen, gerötheten Stelle auf und es trat zugleich Koth dabei aus. Seit dieser Zeit war nur alle 4—6 Tage Stuhlgang in geringer Menge. Durch die Verunreinigung des Körpers durch den abfliessenden Koth und die mangelhafte Pflege hatte das Allgemeinbefinden der Patientin sehr gelitten. Appetitlosigkeit und Schwäche traten ein. Seit einem Vierteljahr hörten die menses auf, welche mit dem 20. Jahr sich eingestellt hatten. Seit zwei Jahren litt die Patientin an Würmern und hatte vor einem Jahre Würmer erbrochen.

Patientin selbst ist, wie bei ihrer Aufnahme constatirt wurde, ein mittelgrosses, schwächlich entwickeltes, schlecht genährtes Individuum von blasser, in's fahlgelbe spielender Gesichtsfarbe. Die unteren Extremitäten sind stark rhachitisch verkrümmt, die Oberschenkel nach aussen vorn, die Tibia nach innen vorn, zugleich abgeflacht (säbelförmig). Der Bauch ist in Form des Hängebauches vorgewölbt und bedeckt den mons veneris. Zwischen Nabel und Symphyse findet sich eine durchschnittlich einen Finger breite, bräunlich pigmentirte Narbe

von lineärer Form. An den Stellen, wo die Nähte lagen, ist die Narbe kreuzförmig verbreitert. 10 cm oberhalb der Symphyse befindet sich in der Narbe eine 20 Pfennigstück grosse Fistel, aus welcher sich bräunlicher Koth entleert. Die Haut ist in der nächsten Umgebung der Fistel geröthet. Die Umgegend der Genitalien und Innenfläche der Oberschenkel ebenfalls durch den austretenden Koth stark geröthet. Die Fistel liegt am abhängigsten Theile des Hängebauchs. Der Umfang des Leibes über dem Hängebauche beträgt 86 cm. Durch die ziemlich dünne Haut des Hängebauches sind, namentlich bei Berührung desselben, deutlich peristaltische Bewegungen zu constatiren.

Demgemäss war die Ordination täglich Morgens ein Bad; Borsalbe auf die arrodirten Stellen.

Zur Eruirung des Sitzes der Fistel wurden Einläufe in der Seitenlage gegeben. Unmittelbar nach dieser Manipulation erfolgte ein Erguss des klaren Wassers zur Fistel heraus.

Im Koth finden sich reichlich quergestreifte Muskelfasern, Amylum und Eier von Ascaris lumbricoides. Patientin spürt auch manchmal kneipende Schmerzen, welche sie auf die Würmer zurückführt. Ord. Trochisci Santonini täglich No. V. Das Allgemeinbefinden der Patientin hat sich in der letzten Zeit wesentlich gebessert; Temperatur allerdings meist 38 ^{0}. Wegen des starken Geruches kam Campher auf die Fistel und Umgebung. Der Stuhlgang per anum ist, seitdem Patientin regelmässig Einläufe bekommt, regelmässiger; tritt gewöhnlich eine halbe Stunde nach der Eingiessung ein; ist von breiiger Consistenz.

Nach diesem Befunde hatte man es also im vorliegenden Falle mit einer Darmfistel zu thun. Wie sie entstanden, liess sich durch die Ocular-Untersuchung, sowie die Sondirung nicht genau erkennen. Auch über den Sitz der Fistel gab die Untersuchung keinen näheren Aufschluss. Allerdings musste die Untersuchung die Vermuthung einer Fistel im Colon oder im Anfange des S Romanum annehmbar erscheinen lassen, da ja bei den experimentellen Versuchen mit Wasser-Einläufen sich das helle klare Wasser aus der Fistel ergoss. Dies würde jedenfalls nicht erfolgt sein, wenn die Fistel im Dünndarme ihren Sitz gehabt hätte, da ja dann die Ileo-Coecalklappe dem Wasser den Weg versperrt haben würde. Diese Vermuthung wurde laut Sectionsbefund, welcher ergab, dass die Fistel im untersten Theile des Ileum, nahe der Valvula Bauhinii, sass, umgestossen.

Zur Beseitigung dieses Missstandes schritt man am 1. Juni zur Operation. Dieselbe wurde unter antiseptischen Cautelen in Chloroformnarkose vorgenommen. Die Vorbereitungen zu derselben geschahen in der Weise, wie sie bei Ovariotomieen gebräuchlich sind. Der ganze Raum, in welchem operirt wurde, war schon vorher durch Anwendung des warmen Essigsaure Thonerde-Spray's frei von Infectionsgefahr gemacht. Die Beine der Patientin waren bis zum mittleren Drittel des Oberschenkels mit Flanellbinden umwickelt, um eine zu starke Abkühlung zu vermeiden. Ebenso waren die obersten Partien des Körpers möglichst warm zugedeckt. Unter fortwährendem Sprühen des Spray's begann die Operation in der Weise, dass zuerst ein 3 cm langer Längsschnitt in der linea alba über der Fistel geführt wurde. Sodann wurde mit der Abpräparirung der Darmfistel begonnen. Nachdem so eine neue Anfrischung der Serosa erhalten war, erfolgte der Verschluss durch ca. fünf Lembert'sche Nähte. Alsdann wurden einige Nähte durch das subperitoneale Bindegewebe gelegt und schliesslich die Bauchdecken geschlossen, nachdem der obere und untere Wundwinkel zum Abfliessen der Wundsecrete freigelassen war. Ein antiseptischer Compressivverband wurde über die Wunde gelegt.

Diese Operation war im vorliegenden Falle um so indicirter, weil auf diesem Wege eine Heilung nicht ausgeschlossen war, andererseits aber ein radicaler Eingriff bei der decrepiden Person, der schon eine längere Chloroformnarkose schädlich werden konnte, mit Gefahr verbunden gewesen wäre. Allerdings versagte man sich nicht, dass eine zweite Operation event. nöthig sein möchte. Ferner war die Möglichkeit gegeben, dass schon durch entzündliche Prozesse Verwachsungen mit den benachbarten Darmschlingen stattgefunden und so der Operation eine unangenehme Complication entstanden wäre.

Krankheitsverlauf: Das Befinden der Patientin war im Ganzen gut, mit Ausnahme des ersten und zweiten Tages, wo dieselbe gallige, schleimige Massen erbrach. Der Darm war durch Opium ruhig gestellt, nur flüssige Nahrung wurde gegeben. Am sechsten Tage war der Verband in seinem unteren Theile mit gelblichem Koth durchsetzt. Noch einmal wurde jetzt versucht, durch Heftpflasterstreifen die Fistelwundränder zum Schliessen zu bringen. Dies musste jedoch bald aufgegeben werden, da dieser Heftpflasterverband ein Wundwerden der Umgebung hervorrief. Am 14. Juni erfolgte eine

ganz geringe Menge Stuhles nach Eingebung von Stuhlzäpfchen per anum. Am 17. Juni begann sich schon die Fistel etwas wieder umzuschlagen und Darmschleimhaut hervorzukehren.

So war denn die Annahme der Möglichkeit einer zweiten Operation nach diesem Krankheitsverlauf zur Nothwendigkeit geworden und nachdem die Patientin einige Tage lang mit offener Fistel gelegen hatte und bei guter und reichlicher Kost so weit gekräftigt war, dass man die Radicaloperation wagen konnte, wurde sie am 19. Juni abermals operirt.

Die Vorbereitungen zur zweiten Operation waren dieselben wie bei der ersten. Das vorliegende fistulöse Darmstück (welches dem S Romanum anzugehören schien) adhaerirte innigst mit den Bauchdecken. Diese Adhaesion musste also zunächst gelöst werden, um so die Fistel freizulegen. Hierbei zeigte sich, dass neben der ersten Fistel noch eine zweite kleinere sich befand. Nachdem sodann auch die übrigen Theile des Darmes, welche mit dem Mesocolon adhaerent waren, vorsichtig gelöst, vorher jedoch zur Reinhaltung des Operationsgebietes das ab- und zuführende Ende des Darmrohres je mit einer Gussenbauer'schen Klemme gefasst worden war, wurde das fistulöse Darmstück in einer Länge von ca. 6 cm abgetragen. Die Blutung war gering, einzelne kleinere Gefässe wurden unterbunden und sodann zur Vereinigung der Darmenden geschritten. Hierbei ist hauptsächlich darauf genau Acht zu geben, dass Serosa an Serosa, muscularis an muscularis und Schleimhaut an Schleimhaut zu liegen kommt. Die ersten Nähte waren gewöhnliche Knopfnähte und brachten Schleimhaut an Schleimhaut, ihnen folgte eine Etage Lembert'scher Nähte, welche Serosa und muscularis des zuführenden Darmendes fassten und mit der Serosa und muscularis des abführenden Darmendes vereinigten. Zwischen die Wülste, welche durch diese Nähte hervorgebracht waren, wurde sodann noch eine Etage Lembert'scher Nähte gelegt. Beim Anlegen der ersten Etage Lembert'scher Nähte zeigte sich, dass ein Theil der Serosa des abführenden Darmrohres schon durch die Verwachsung mit der Narbe eine bindegewebige Entartung eingegangen war, ein Umstand, welcher der Prognose nicht gerade günstig war. Sodann schritt man nach gründlicher Desinfection des ganzen Operationsgebietes, zur Naht des Peritonaeums, welches in Folge entzündlicher Reizung mit Exsudatausschwitzung und fibrinöser Auflagerung eine hochgradige Verdickung er-

fahren hatte. Da eine Heilung per primam intentionem nicht vorauszusehen war, so wurde der obere und untere Wundwinkel zum Abfliessen der Wundsecrete freigelassen. Nach Anlegung eines antiseptischen Schlussverbandes wurde der Patientin wie das erste Mal zur Ruhigstellung des Darmes Tinct. Opii spl. gtt. X. gegeben, später zweistündlich gtt. V. Nach der Operation brach Patientin viel und mit grosser Anstrengung. Da sie Widerwillen gegen das Opium empfand, wurde es fortgelassen. Temperatur Abends normal. Puls 130, mässig kräftig, regelmässig; keine Schmerzen.

Krankheitsverlauf: 20. Juni. Patientin hat abermals gebrochen; klagt über Blähungen. Sie nimmt Rothwein mit Liq. Ammon. caust., kalten Caffee, Eisstückchen. Temperatur Abends 38.8.

21. Juni. Patientin hat einige Stunden in der Nacht auf Morphiuminjection geschlafen. Hat heute morgen nochmals mehrmals gebrochen. Die Blähungen sind weniger quälend, gehen theilweise ab; Leib schmerzfrei; Verband etwas durchgeschlagen. Temperatur 37.8. Puls 120, regelmässig, etwas schwach. Pfeffermünzthee. Abends Klysma von 3 Esslöffel Rothwein, 1 Ei und 10 gtt. Tinct. opii. spl. Temp. Abends 38.5.

22. Juni. Das Brechen hat mit 2 Uhr Nachts aufgehört, aber Aufstossen ist noch vorhanden. Puls 125, mässig kräftig. Temp. 37.8, Klysma wie oben. Mittags fangen Blähungen und Leibschmerzen wieder an. Schneiden beim Wasserlassen. Morphiuminjection. Temp. 38.1. Nachmittags ist der Leib mehr aufgetrieben; gegen Abend gesteigerte Schmerzen; starkes Aufstossen, einmal Erbrechen. Auf Morphiuminjection erfolgt gegen 2 Uhr Nachts etwas Nachlass der Schmerzen.

23. Juni. Temp. Morgens 38.2. Puls 150, klein. Auftreibung des Leibes und Schmerzen bestehen noch. Verbandwechsel. Essigsaure Thonerde-Compressen. Aetherspray von Zeit zu Zeit auf das Abdomen. Eisblase. Leib hierauf weniger aufgetrieben.

24. Juni. Patientin behält wenig Nahrung bei sich. Erbricht bald nach Einnahme derselben. Die nährenden Klystiere aus Fleischbrühe 3 Esslöffel, Cognac 3 Esslöffel und einem Ei bleiben bei ihr. Leib wenig aufgetrieben, Schmerzen geringer. Puls 140, noch ziemlich klein. Temp. 37.8. In der Nacht und heute am Tage hat Patientin auf Morphiuminjection ziemlich viel geschlafen. Während des Tages keine Schmerzen, kein

Erbrechen. Puls Nachmittags kräftig, weniger beschleunigt. Liq. anodyn. Hoffmannii auf Zucker. Patientin behält Fleischbrühe bei sich.

25. Juni. Patientin hat sich gestern Nachmittag nicht wieder gebrochen und Fleischbrühe und Wein bei sich gehalten. Die nährenden Klystiere werden desshalb weggelassen, zumal sie den Mastdarm stark brannten. Puls 120, heute Morgen ziemlich klein, beschleunigt. Temp. 37.8. Aussehen mehr collabirt. Seit gestern Abend entleerte sich aus einer kleinen Stelle der Bauchwand dunkelbrauner Koth in geringer Menge. Die Schmerzen im Leib lassen auf Morphiuminjection für mehrere Stunden nach.

26. Juni. Patientin hat in der Nacht und Vormittags wieder mehrmals geschlafen. Dabei mässig Schmerzen. Abdomen nicht aufgetrieben. Puls klein, 120. Temp. 38.2. Mittags nährendes Klystier aus 3 Esslöffeln Bouillon, 10 gtt. Tinct. Opii und einem Ei. Thalergrosser Decubitus am Kreuzbein; Borsalbe. Nachmittags heftige Schmerzen. Morphiuminjection. Malaga behält Patientin bei sich. Puls nicht mehr fühlbar. Abends 8 Uhr exitus lethalis.

Sectionsbefund: Haas, Anna, 52 J., † 26. Juni 85.
Sect. 28. Juni 85.

Mässig genährte weibliche Leiche, keine Todtenstarre. Abdomen stark aufgetrieben. Vier Finger breit über der Symphyse, rechts neben der Mittellinie ein Hautdefect von 4 cm Durchmesser, durch welchen sich auf Druck Koth entleert. An der inneren Bauchwand ist an dieser Stelle ein Stück Dünndarm verwachsen, welches dem untersten Theile des Ileum angehört und eine Handbreit von der valvula Bauhinii gelegen ist. Das Vorhandensein mehrerer Nähte ist zu constatiren. Die Ränder des Darmdefectes sind von grünlicher Farbe, die Serosa der nächsten Umgebung ist mit einem stellenweise sehr dicken, fibrinös eitrigen Belage versehen, welches sich auch auf einen Theil der flexura sigmoidea, der an der linken Seite mit der beschriebenen Partie des Ileum verklebt ist, fortsetzt und hier besonders die Gegend des Mesenterialansatzes einnimmt. Die Schleimhaut des Ileum unterhalb des Defectes ist von tiefrother Farbe, während die oberhalb desselben blass erscheint. Das Ende des processus vermiformis ist zum Coecum hinaufgezogen und durch alte Adhaesionen fest mit demselben verbunden.

Am Uterus ist nichts Abnormes zu entdecken, doch ist derselbe an seiner Vorderfläche mit der Harnblase so ausgedehnt verwachsen, dass die Excavatio utero-vesicalis nicht mehr existirt.

Die Lungen zeigen hochgradige Anthrakose und mässiges Emphysem. Herzmuskel ist fettig degenerirt.

Beckenmaasse.

			normal
I. Beckeneingang:			
1. Diameter rectus			
a) anatom. Conjugata	$7^1/_2$ cm		
b) geburtshülfliche Conjugata	6 cm	=	11 cm
2. Diameter transversus	13 cm	=	$13^1/_2$ cm
3. Diameter obliquus			
a) rechts	10 cm	} =	$12^3/_4$ cm
b) links	10 cm		
II. Beckenweite:			
1. Diameter rectus	10 cm	=	$12^3/_4$ cm
2. Diameter transversus	14 cm	=	$12^1/_2$ cm
III. Beckenenge:			
1. Diameter rectus	$8^1/_4$ cm	=	$11^1/_2$ cm
2. Diameter transversus	$10^3/_4$ cm	=	$10^1/_2$ cm
IV. Beckenausgang:			
1. Diameter rectus	9 cm	=	9—$9^1/_2$ cm
2. Diameter transversus	$11^1/_2$ cm	=	11 cm

Wie sich aus dem Sectionsbefunde ergeben, sass also die Fistel nicht, wie vermuthet, im Anfangstheile des S Romanum, sondern im untersten Theile des Ileum, nahe der Valvula Bauhinii. Dies erscheint jetzt um so wahrscheinlicher, als die Schlingen des Rectum, die doch sehr stark befestigt sind, doch nicht leicht ohne vorherige Loslösung seiner Befestigung in den Hängebauch hätten vorfallen können. Da jedoch bei den experimentellen Versuchen mit Wassereinläufen sich Wasser aus der Fistel entleerte, so muss unbedingt eine entzündliche Infiltration der Klappe mit nachfolgender Insufficienz derselben vorhanden gewesen sein, welche einen normalen Verschluss der Klappe nicht zuliess.

Die nächste Frage, welche jetzt aufzuwerfen wäre, ist die nach der Entstehung jener Fistel.

Continuitätstrennungen in der Wand des Darmrohres kommen meist durch Geschwürsbildungen, wodurch letztere

auch immer bedingt sind, sei es durch Einnistung von Mikroorganismen bei Typhus, Diphtheritis oder Tuberculose, oder sei es durch carcinomatöse Entartung der Darmwand, zu Stande. Der Ulcerationsprozess beginnt zuerst an einer arrodirten, also von Epithel entblössten Stelle der Wand seinen Einzug zu halten; bald dringt er tiefer und tiefer, um schliesslich bis in und durch die Serosa zu perforiren. Nicht immer jedoch bedarf es der vollständigen Perforation des Geschwüres bis durch die Serosa, oft beruht die Continuitätstrennung auf einer Berstung des hochgradig verdünnten Geschwürsgrundes, namentlich am ehesten gelegentlich plötzlicher Dehnungen der Darmwand durch Gasentwicklung oder dergleichen. In der Regel pflegt die Rissstelle nur eine ganz minutiöse, winzige Oeffnung vorzustellen. Doch genügt ja schon der Austritt des kleinsten Tropfens von diesem intensiv faulendem Koth, um eine Peritonitis purulenta mit exitus lethalis herbeizuführen. In anderen Fällen bleibt jedoch die Entzündung auf einen kleinen Raum beschränkt und diese circumscripte Peritonitis führt zu Verwachsungen der Darmrohre unter sich oder sogar zur Verklebung mit den Abdominalwandungen.

In unserem Falle jedoch war von einer Einwanderung von Bacterien gar nichts zu constatiren, vielmehr muss unsere Annahme, dass die Fistel auf rein mechanischem Wege entstanden, in diesem Falle sich bestätigen. Denn es lässt sich sehr leicht erklären, dass die in dem Hängebauche (der sich durch Auseinanderweichen der mm. recti abdominis in der alten Narbe gebildet hatte) liegenden Dünndarmschlingen durch fortgesetzte Reibungen an der Narbe, denen sie durch angestrengtes Arbeiten der Frau ausgesetzt waren, schliesslich an einer Stelle als locus minoris resistentiae arrodirt werden mussten. Eine Entzündung, die sich bald sowohl nach der Schleimhaut des Darmes und den Bauchdecken einerseits, andrerseits nach dem Peritonaeum hin ausbreitete, mit schliesslicher Geschwürsbildung und Perforation war die nächste Folge.

Leider ist es sehr zu bedauern, dass im vorliegenden Falle die kachectische Person, nachdem sie beinahe glücklich allen Gefahren entronnen war, schliesslich doch noch an fettiger Degeneration des Herzens zu Grunde ging und nicht als lebendiger Beweis für die Erfolge, welche uns die nach den Vorschriften der Wissenschaft erfolgte Radicaloperation verspricht, erhalten bleiben konnte.

Wenn wir nun in Folgendem die einschlägige Literatur anführen, so bleibt uns nun zum Schlusse die ehrende Pflicht, unserem hochverehrten Lehrer, Herrn Hofrath Prof. Dr. Maas, den herzlichsten Dank auszusprechen, sowohl für seine gütige wissenschaftliche Unterstützung bei Behandlung vorliegender Arbeit, als auch ganz besonders für die Ueberlassung eines Falles, der bis jetzt wohl noch kaum in der Literatur aufzufinden sein dürfte.

Literatur.

1. Fall. Bouilly. Kothfistel nach Laparotomie. Ein 29-jähriger Mann erhielt 2 Hufschläge in der Nabelgegend, 23 Stunden später wurde, als die Erscheinungen von Perforations-Peritonitis manifest waren, die Laparotomie gemacht. Im Dünndarm fand sich ein brauner, dem Abfallen naher Schorf und eine Oeffnung, $1^1/_2$ cm lang, mit unregelmässig zerfetzten Rändern nahe bei einander; es wurde ein 10 cm langes Stück Darm resecirt und nach Lembert genäht. Besserung; auch peritonistische Erscheinungen liessen nach. Am dritten Tage natürlicher Stuhlgang; zugleich entleerte sich Koth aus der aufgehenden Bauchwand. Schon am zehnten Tage wollte Bouilly zur Operation des Fistel übergehen. Er untersuchte vorsichtig mit dem Finger. Abends Erbrechen. Tod am anderen Tage an Peritonitis. Die Darmnähte waren auseinander gegangen; anscheinend schon vor der Untersuchung. Um die Darmenden herum hatte sich durch Verklebung der Intestina eine Höhle gebildet. Trennung eines Theiles der Adhäsion war die wahrscheinliche Ursache der schliesslichen lethalen Peritonitis.

2. Fall. Spencer Wells theilt eine bis jetzt selten beobachtete Folge einer Ovariotomie, nämlich eine Darmfistel mit.

Bei der Operation war der kurze Stiel unterbunden in die Bauchhöhle gebracht worden. In der Gegend der linken fossa iliaca war ein Stück der Cyste so fest adhärent, dass man es zurückliess; Unterbindungsfäden an demselben wurden durch den unteren Wundwinkel nach aussen geleitet. — Einige Wochen nach Entlassung aus dem Hospitale traten peritonitische Erscheinungen auf; aus dem unteren Wundwinkel kam die Ligatur heraus und eiteriger Ausfluss, der allmälig bis auf eine geringe Spur verschwand. Ein Jahr später kam der Ausfluss plötzlich wieder und zeigte allmälig immer deutlicher

faecale Beimischung und eine Darmfistel war evident. Die Kranke ging unter Diarrhoeen 20 Monate nach der Operation zu Grunde. Bei der Section zeigte sich eine Dünndarmschlinge, die flexura sigmoidea und das Rectum durch Adhäsionen um die Fistel herum fixirt. Die Fistel führte in eine Eiterhöhle, die dem Sitze des zurückgelassenen Stieles entsprach und die zugleich mit dem Rectum communicirte.

3. Fall. G. Paolucci. Un caso di fistola enterovesicale. Il Morgagni. Disp. VII., 1872. Während längeren Gebrauches von Abführmitteln begann ein früher gesunder Mann von 52 Jahren an dumpfem Schmerz im linken Hypochondrium zu leiden. Eine elastische, schmerzhafte Geschwulst von tympanitischem Klang liess sich beim oberen linken Darmbeinstachel zur linea alba verfolgen. Erfolgende linksseitige Psoitis veranlasste bedeutende Schenkelflexion. Der Urin enthielt Luft und Darmcontenta. Der Stuhlgang wurde spärlicher und seltener. Schleichende Peritonitis, Inanitionstod. Durch die Section wurde die Annahme bestätigt, dass nach unzweckmässigem Gebrauch von Abführmitteln Darmerschlaffung, Faecalretention, Darmcatarrh, catarrhalische Geschwürsbildung im Colon, Fortsetzung der Entzündung auf Serosa und m. Psoas, Adhäsion zwischen Colon und Harnblase, endlich Communication zwischen letzteren eingetreten war.

4. Fall. D'Antonio. Fistola stercoracea spontaneamente guarita. Il Morgagni. Disp. IX., p. 665—67. Unterm Auftreten der heftigsten Leibschmerzen und bei anhaltender Stuhlverstopfung hatte sich allmälig bei einem früher gesunden Manne eine Geschwulst in der linken Inguinalgegend entwickelt. Nach einer Dosis Ricinusöl und Santonin erfolgte eine Stuhlentleerung, in welcher verschiedene Spulwürmer enthalten waren. Die Leibschmerzen liessen nach. Dagegen entzündete sich die Geschwulst, ging in Eiterung über und entleerte bei der Eröffnung foetiden Eiter und zugleich Würmer. Aus der Abscessöffnung entleerte sich später ein deutlich als succus intestinalis nachgewiesener Saft. Später entleerten sich zu verschiedenen Zeiten noch verschiedene Male Spulwürmer, und nach Ablauf von 2 Monaten, während welcher der Kranke andauernd Rückenlage innehielt (einen Punkt, den Verfasser für besonders wichtig hält), war das Leiden in jeder Beziehung beseitigt.

5. Fall. Rizzoli. Nach unmässigem Speisegenuss erfolgte, bei einem 17-jährigen Menschen heftige Unterleibsschmerzen.

Erst wiederholte Purgantien erzielten Stuhlgang und sofortige Genesung. Ein Jahr darauf entwickelte sich unterhalb des Nabels eine harte, schmerzende Geschwulst, die hühnereigross wurde, stinkenden Eiter entleerte und dann schnell vernarbte. Bald darauf trat diffuse Hautentzündung oberhalb des Nabels ein. Hier wurde die Haut spontan perforirt und aus der Oeffnung floss jauchig faecale Flüssigkeit, bei Compression des Abdomens in grösserer Menge. Eine vergebliche Kur unterbrach Patient, er arbeitete ge'egentlich, bis in Jahresfrist die Schwäche überhand nahm. Jetzt wurde mittelst der Sonde ein enger, 4 cm langer Fistelgang entdeckt, der innerhalb der Bauchdecken von vorn oben nach hinten unten verlief und hier in der Höhe der älteren Narbe in eine weitere Höhle zu münden schien. Nach allmäliger Dilatation des Fistelganges constatirte der eingeführte Zeigefinger das Vorhandensein der Höhle, stiess beim Eintrittt in dieselbe gegen eine an der vorderen Bauchwand adhärente Dünndarmschlinge, nach hinten gegen das Colon, befand sich also in der Bauchhöhle. Der Fistelgang wurde bis zur Adhäsionsstelle jener Darmschlinge gespalten, ohne nachfolgende Reaction, aber auch ohne wesentliche Förderung des Jaucheabflusses. Wurde unter geringem Druck eine kleine Menge Flüssigkeit in den normalen Anus injicirt, so trat ein Theil derselben sogleich in die Bauchhöhle aus, was das Vorhandensein einer Perforation in dem unteren Dickdarmabschnitt bewies. Eine zweite, 4 cm lange Incision wurde auf dem in die Bauchhöhle eingeführten Finger oberhalb der Schamfuge ausgeführt. Durch diesen Zugang konnte die Perforationsöffnung des Dickdarmes, ein rundes, 1 cm weites Loch getastet werden. Die Incisionen neigten zu schneller Verkleinerung, der Jaucheabfluss war unvollkommen, die Aetzung der Perforationsstelle schwierig. Deshalb wurde endlich noch die 7 cm breite, zwischen beiden Incisionen bestehende Hautdecke gespalten. In die schliesslich gebildete Narbe mündet ein ganz feiner, aus dem Darmlumen führender, nur selten einen Tropfen faecaler Flüssigkeit entleerender Fistelgang. — Der Genesene erlernt das Schuhmacherhandwerk.